

Col·loqui: pediatria quirúrgica

TEMES DE CONTROVÈRSIA EN LA INDICACIÓ QUIRÚRGICA PEDIÀTRICA

Asteria Albert

Hospital de Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Els protocols de tractament en Cirurgia Pediàtrica, com en totes les especialitats mèdiques, es revisen i moltes vegades es modifiquen al llarg del temps. La introducció de canvis en el maneig d'una patologia està en relació amb l'evolució del coneixement i l'evidència mèdica, però en la presa de decisions de l'especialista influeixen també altres factors: motius ètics, recursos disponibles, desig del pacient, demanda social, sentit comú (establir prioritats).

Encara que els factors extramèdics mai han estat del tot aliens a la indicació d'un tractament (en aquest cas, quirúrgic), recentment estem vivint algunes situacions controvertides per les exigències de la demanda social o el desig dels pacients, ja sigui per la pluriculturalitat i l'obertura a tradicions i cultes importats, o pel canvi de valors de la societat i la intolerància a estigmes físics. Comentarem alguns exemples recents d'indicacions de tractament quirúrgic pediàtric que presenten temes de controvèrsia.

AVANÇAMENT DE L'EDAT RECOMANADA PER A L'ORQUIDOPÈXIA.

Es propugna practicar-la abans dels 12 mesos. La controvèrsia se situa purament en el plànol del coneixement mèdic i l'evidència científica. En el testicle criptorquídic hi ha un compromís progressiu de l'espermatogènesi, i l'edat a la qual es realitza l'orquidopèxia influeix en la qualitat de l'esperma. A més, la criptorquídia s'associa a un augment del risc de càncer (4-10 vegades més).

El problema de l'orquidopèxia és que, al contrari del que se sabia fins fa pocs anys, avui se sap que les cèl·lules germinals primitives (gonòcits) maduren abans cap a espermatogònies (entre els 3 i 12 mesos d'edat), i que aquesta diferenciació està compromesa en el testicle criptorquídic, sotmès a una temperatura més elevada. S'han demostrat canvis ultraestructurals en el testicle criptorquídic ja des dels 6 mesos d'edat, moment a partir del qual les biòpsies demostren una pèrdua progressiva de cèl·lules germinals. L'atròfia també afecta a les cèl·lules de Sertoli. Se sap a més que l'orquidopèxia precoç origina testicles significativament més desenvolupats. Per altra banda, es pot esperar el descens espontani dels testis fins a l'edat de 6 mesos; més enllà, la probabilitat de descens espontani és gairebé nul·la.

Considerant que la disminució en el nombre de espermatogònies condiciona un descens de la fertilitat, i que els gonòcits primitius

retinguts són responsables de l'augment del risc de malignisació, és evident que cal avançar l'edat de l'orquidopèxia a abans del 1er any d'edat. No obstant això, i heus aquí la controvèrsia, l'orquidopèxia té una taxa de complicacions que se sap que està en relació amb l'edat de la intervenció: lesió del conducte deferent (1%); lesió vascular i atròfia testicular (1-8%); retracció del testí (5-10%), el que obliga a una reintervenció amb increment dels riscos anteriors. Aquestes taxes de complicacions es basen en sèries publicades per prestigiosos serveis de Cirurgia Pediàtrica.

Els objectius de l'orquidopèxia són: preservar la fertilitat; reduir el risc de malignisació; reduir el risc de torsió; reparar l'hèrnia concomitant; prevenir el trauma testicular i el dolor; i aconseguir un efecte estètic i psicològic de normalitat. Hem avançat l'edat de l'orquidopèxia per a preservar millor la funció testicular i reduir la degeneració, però hem de demostrar en els propers anys que l'augment del risc que suposa per al testicle és compensat pel benefici quant a fertilitat i risc de càncer.

AUGMENT DE LA PETICIÓ D'INTERVENCIONS DE CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA PEDIÀTRICA.

En aquest cas, òbviament no estem tractant un tema de salut (com oposat a malaltia). Per això pesen més, a l'hora de marcar una indicació quirúrgica, factors com el desig del pacient i la demanda social, però també els motius ètics i els recursos disponibles (econòmics i tècnics). Aquí és el sentit comú del cirurgià pediàtric el qui ha de reconduir la demanda dels pares o responsables del menor, establint les prioritats i consultant amb altres professionals, mèdics o no (psicòleg, odontoestomatòleg, dietista, professor, entrenador...) si cal.

Alguns temes de controvèrsia: **L'hemangioma infantil** és una tumoració vascular benigna d'alta prevalença en el lactant, sobretot en l'ex-prematur i en els nens procedents de fecundació in vitro. La seva evolució natural és inicialment una etapa de creixement ràpid abans del primer any, amb potencials complicacions com ulceració o sagnat en els casos més importants, que se segueix d'una etapa d'involució d'uns 4 a 8 anys, en la qual la tumoració s'ablanceix i es descoloreix fins a desaparèixer o convertir-se en un excés localitzat de pell i teixit gras que es pot modelar quirúrgicament.

El tractament mèdic (corticoides, bevacizumab (Ac monoclonal anti VEGF), vincristina, interferon α) o físic (làser, presoteràpia) es reserva pels casos complicats per la seva localització (parpella, cara, regió genital, mà) o per la seva gran grandària i repercussió hemodinàmica. Des del 2007 es coneix que el tractament amb propranolol també indueix la involució de la majoria dels hemangiomes, i en alguns fòrums professionals es recomana per la seva administració més còmoda i per tenir presumiblement menys efectes adversos que la resta de tractaments.

Les altes expectatives amb aquest vell fàrmac en una nova indicació plantegen la controvèrsia de si és o no convenient administrar un fàrmac a lactants sans amb un hemangioma que s'autolimitarà i involucionarà sense cap tractament, però evitant el creixement alarmant que es produeix en alguns casos. És ètic tractar a nens que fa un any no tenien indicació de tractament? I si poguéssim identificar els casos que seran en el futur subsidiaris d'una cirurgia reparadora? Seria ètic tractar-los perquè involucionen abans que es generi una deformitat que no pugui revertir completament de forma natural? Més habituals són les situacions variants de la normalitat mal acceptades, que l'única reparació possible és de tipus quirúrgic.

Diversos exemples:

- Alteracions del desenvolupament mamari puberal: hipoplàsia mamària aïllada, ginecomastia i botó mamari en el baró, lipoginecomastia.
- Malposicions, deformitats i malformacions menors del pavelló auricular.
- Llombrícol lleig, llombrícol cutani, llombrícol pla.

Comentari a part mereix la **cirurgia dels retocs i la reparació de cicatrius**; el nen major i l'adolescent poden viure amb una càrrega afectiva inadequada les cicatrius o deformitats conseqüència de malformacions, accidents o intervencions prèvies. Un exemple freqüent, entre molts altres, és la cicatriu alopecica a la pell del cap en el lloc de resecció d'un nevus melanocític congènit anys abans. Un altre són les cicatrius hipertròfiques i els queloides. Una vegada emprats els mitjans físics i farmacològics disponibles per a millorar la situació final, en algunes, poques, ocasions pot ser raonable la reparació quirúrgica. No obstant això, existeix una tendència a la reivindicació del retoc quirúrgic.

Aquest és un motiu freqüent de controvèrsia que pot agreujar-se, i fins i tot tenir massa pes en la decisió terapèutica, si el cirurgià se sent responsable d'un resultat plàstic subòptim. Com afrontar els casos de controvèrsia en cirurgia plàstica pediàtrica? Decidint de forma individualitzada la necessitat o no (i la modalitat) de tractament. Per això s'ha de tenir en compte l'edat del menor, i s'ha de sospesar la valoració que els pares fan del problema; aquesta és de vegades irracional i sovint desinformada. Avaluar amb ells les opcions terapèutiques juntament amb el no-tractament, comentant les conseqüències positives i negatives, o fins i tot animar-los a fer una consulta a altre col·lega per a una segona opinió, poden fer

canviar l'esquema de prioritats d'una família. Han d'entendre que hi ha d'haver un equilibri entre l'esforç (del pacient, de l'equip mèdic, de la família, econòmic) i el risc/benefici de l'opció que s'adopti. Moltes vegades una petita dismòrfia o lesió suposa una càrrega psicològica personal extraordinària; és convenient sol·licitar ajuda d'un psicòleg abans de prendre una decisió de maneig.

L'estigma social que suposen algunes cicatrius o dismorfies és de vegades minusvalorat pel cirurgià pediàtric. Un exemple molt clar és la ginecomastia del baró: no és una malaltia, és una variant de la normalitat que pot afectar a un noi durant l'ajustament hormonal entre els 13 i els 18 anys; però moltes vegades constitueix un greu estigma en la societat d'adolescents. El tractament (quirúrgic i/o dietètic i/o psicològic) pot recuperar l'autoestima i millorar la posició en el seu grup i les relacions socials en un període del desenvolupament que va a marcar-lo definitivament per a l'edat adulta.

PETICIÓ DE CIRCUMCISIÓ PRECOÇ PER MOTIUS EXTRAMÈDICS.

En aquest cas, participen en la decisió tots els elements, fins i tot els metges: motius ètics, desig del pacient (en aquest cas de la seva família, el que ens duu de nou als motius ètics), exigència social per part del grup al que pertany el nen (ètnia, religió, tradició, creença), recursos disponibles i sentit comú; des del punt de vista mèdic pesen el coneixement de l'evolució natural de la fimosis, del risc i de les complicacions de la circumcisió en el nen petit.

La fimosi afecta al 5% dels barons adults, però és fisiològica fins als 4-6 anys. La circumcisió és la resecció de la pell prepucial estreta perquè el gland pugui quedar exposat. La circumcisió per motius mèdics pot fer-se, per tant, a partir dels 4 anys. Si s'avança en algunes ocasions és per balanitis (infecció de l'esmegma retengut), infecció urinària per fimosi extrema i retenció d'orina en el prepuci, o estenosi prepucial tan intensa que es pot assegurar la seva persistència, o bé prepuci cicatricial (per ferides al retreure'l de manera forçada).

En els nens la circumcisió es fa amb anestèsia general, en el nostre medi. És una intervenció quirúrgica molt segura, però la taxa de complicacions menors no és menyspreable: sagnat, edema o hematoma, sobreinfecció, granuloma. Un 10 al 30% dels pacients acudeixen a urgències per algun d'aquests problemes en els primers dies del postoperatori. Dues complicacions infreqüents però més greus, perquè obliguen a altres procediments quirúrgics secundaris, són l'estenosi del meat uretral i la cicatriu xeròtica. Les 2 són evitables, perquè depenen entre altres de factors físics, que afecten més quant menor és el pacient (entre altres, l'ús de bolquer), i de la netedat de la tècnica quirúrgica.

Des de temps prehistòrics la circumcisió ritual ha estat practicada en diverses cultures, algunes no relacionades entre si. La practicava l'elit de l'antiga civilització egípcia, i les ètnies de l'orient mig (hebreus i àrabs) de forma extensa (a tots els barons); Aquesta pràctica forma parteix fins a avui dia dels deures religiosos de jueus

i musulmans. Els prínceps dels maies es feren el prepuci i amb la sang que rajava feien cerimònies de fertilització de la terra. No obstant això la circumcisió no es generalitza a l'occident fins a l'època de la segona guerra mundial, quan apareixen articles mèdics declarant que protegeix de malalties de transmissió sexual i, a les dones, de càncer de coll de matriu; d'aquesta manera, es va implantar ràpidament als Estats Units, primer entre els soldats i de seguida en la població general, adoptant-se majoritàriament la pràctica jueva de la circumcisió neonatal.

Avui persisteix la polèmica entre els defensors i detractors de la circumcisió per motius mèdics, diguem profilàctics. La literatura nord-americana segueix buscant arguments per a donar suport la seva pràctica, que és ja una tradició, mentre des d'Europa, Àsia, Llatinoamèrica i també Canadà es recorda que una bona higiene és igual de preventiva que la circumcisió i a més manca dels riscos i conseqüències d'una intervenció quirúrgica.

La controvèrsia que presenta aquest tema és doble: d'una banda, si és ètic que els nens sofreixin l'agressió física de la circumcisió, amb els seus riscos escassos, però sense benefici mèdic clar, a una edat en la qual no poden decidir per si mateixos. Per altra banda, si ha d'assumir la sanitat pública les despeses d'una cirurgia triada pels pares.

En el nostre medi, un 10% de les circumcisions es fan per motius extramèdics* (religiosos, culturals, higiènics) a petició dels pares. Una circumcisió amb anestèsia general i local practicada en cirurgia ambulatoria per un cirurgià pediàtric en un mitjà hospitalari pot costar 640 euros (incloent les visites mèdiques, anàlisis preoperatori i medicació per a casa). En els últims 10 anys hem atès un nombre escàs però creixent de complicacions greus de circumcisions practicades fora de l'àmbit mèdic, en els països d'origen de les famílies dels pacients. La majoria han estat cicatrius xeròtiques amb el penis enterrat i pell insuficient per a una recircumcisió; han necessitat plàsties cutànies per a ressecar la cicatriu, desenterrar el penis i cobrir-lo de pell. En algun cas s'ha circumcidat a un nen amb hipospàdies, malgastant una pell útil per a la reparació

d'aquesta malformació. Un cas més greu fou el d'un lactant circumcidat que va presentar cel·lulitis i gangrena de la pell peniana, escrotal i del plec inguinal. Hi ha publicacions d'hemorràgia aguda postcircumcisió domiciliària en lactants, fins i tot amb resultat de mort (casos del Regne Unit).

Quant costa resoldre les complicacions de les circumcisions extrahospitalàries? Qui està qualificat per a practicar una circumcisió, sigui d'indicació mèdica o extramèdica? Qui pot fer la indicació quirúrgica d'una circumcisió extramèdica? Qui ha de pagar-la?

CONCLUSIÓ.

Els metges de cada especialitat estem capacitats per a prendre decisions i modificar la forma de tractament d'una patologia sobre la base de noves evidències mèdiques. Però quan es plantegen necessitats de tractament que manquen de fonament mèdic, no estem qualificats professionalment per a decidir en aquest terreny (no hem rebut formació estructurada per a això), i encara que la nostra opinió professional segueixi sent rellevant, hi ha altres parts que han de ser escoltades. En els dos exemples analitzats aquí (cirurgia plàstica pediàtrica i circumcisió ritual) decidim la indicació o no de cirurgia basant-nos en el sentit comú -si no és per a millorar substancialment, millor no intervenir- i en criteris d'administració de recursos dels nostres centres de treball o, en el millor dels casos, pautes donades per les autoritats sanitàries. Podem assessorar-nos també sol·licitant el consell d'altres professionals.

La immigració i la multiculturalitat són fenòmens recents en el nostre medi. També en els últims 10 o 15 anys el culte a la imatge ha agafat força entre els menors de 30 anys. Les societats evolucionen i canvia l'escala de valors. Se'ns plantegen dilemes ètics que no han de resoldre's en les consultes mèdiques. És aquesta societat la qual ha de posicionar-se respecte a aquests temes controvertits.

** Dades de 2008 del servei de cirurgia pediàtrica d'un hospital de la xarxa pública (nivell 3), referència de l'àrea sud de Barcelona.*